

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name des/der Patienten/in	
Vorname des/der Patienten/in	Geburtsdatum
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Land	
Telefon	Patienten-Nr.

Arztstempel und Unterschrift

Barcode

# Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors aus mütterlichem Blut (RhD-NIPT)

Etwa 17 % der Frauen in Deutschland sind Rhesus-D-negativ (RhD-negativ). Davon tragen ca. 60 % einen RhD-positiven Feten aus. Bisher wurde in der Schwangerschaft bei allen RhD-negativen Frauen eine Anti-D-Prophylaxe in der 28.-30. Schwangerschaftswoche empfohlen. Eine Anti-D-Prophylaxe ist jedoch nicht notwendig, wenn der Fetus einer RhD-negativen Schwangeren ebenfalls RhD-negativ ist. Ca. 40 % der Frauen wird deshalb unnötig antepartal Anti-D-Immunglobulin verabreicht. Nach der Anpassung der Mutterschafts-Richtlinien ist es jetzt möglich, jeder RhD-negativen Schwangeren die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zu ermöglichen. Durch die neue Methode der RhD-Genotypisierung zellfreier fetaler DNA (cff DNA) aus mütterlichem Blut lässt sich der fetale Rh-Status mit sehr hoher Genauigkeit bestimmen und ist gleichwertig mit der postnatalen Rhesusfaktorbestimmung aus Nabelschnurblut oder Plazenta. Die Anwendung ist auf **Einlingsschwangerschaften** begrenzt. Die Analyse ist möglich ab der 12. SSW, liefert aber erst ab der 18. Schwangerschaftswoche zuverlässige Ergebnisse.

Schwangerschaftswoche  +

## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Ich bestätige, dass ich von  im Hinblick auf die bei mir / der von mir vertretenen Person  durchzuführende, nachfolgend näher beschriebene gendiagnostische Untersuchung/en nach dem Gendiagnostikgesetz

über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung/en, die erzielbaren Ergebnisse, die gesundheitlichen Risiken sowie die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe und der Untersuchungsergebnisse aufgeklärt wurde.

### Zudem bestätige ich, dass

(1) mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung eingeräumt wurde.

(2) ich mit der/den oben genannten Untersuchung/en und der erforderlichen Gewinnung der genetischen Probe einverstanden bin.

Ich bestätige, dass ich darüber aufgeklärt wurde und mir bekannt ist, dass ich ein umfassendes Recht auf Nichtwissen ausüben kann und die Einwilligung außerdem jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der/dem u.g. aufklärende/n Arzt/Ärztin (verantwortliche ärztliche Person) widerrufen kann, die Untersuchung dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

### Ferner erkläre ich mich einverstanden mit (Nichtausfüllen entspricht einem „nein“):

- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein
- ja     nein

Ein Anspruch auf vollständige Mitteilung aller Zufallsbefunde oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Befunde besteht nicht. Bei Minderjährigen erfolgt keine Mitteilung von Zufallsbefunden zu Erkrankungen, die im Erwachsenenalter auftreten. Die vollständige Genliste der ACMG darf zudem nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Humangenetik oder Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik angefordert werden.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter/in

Ort, Datum Unterschrift Arzt/Ärztin